

年 月 日

鹿島市長 様

申請者 住所
氏名 ⑩
電話番号

鹿島市不妊治療費助成金（先進医療等）交付請求書

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた鹿島市不妊治療費助成金（先進医療等）について、下記金額を交付されるよう鹿島市不妊治療費助成金（先進医療等）交付要綱第 7 条の規定により請求します。

記

1 助成金請求額

¥							円
---	--	--	--	--	--	--	---

2 振込指定口座 ※預金通帳を必ず持参すること

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・労働金庫 信用組合	本店・支店 支所・出張所
預金種別	普通預金 ・ 当座預金	
口座番号		※右詰記入
フリガナ		
口座名義人		

※申請者と口座名義人が異なる場合は、口座名義人に受任の委任をいたします。